SAUVEGARDER IMPRIMER

Centre multiservice des Samares

PROJET DE FORMATION

SERVICE AUX ENTREPRISES

DEP - AEP - ASP - FGA

TITRE DE LA FORMATION _____

SECTION 1

☐ **CENTRE LOCAL D'EMPLOI : VILLE / AGENT(E) :** _____ ☐ **URGENCE**

NOM DE FAMILLE : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : (____ / ____ / ____) SEXE : ◯ M ◯ F
AAAA MM JJ

ADRESSE : _____ _____ _____
NO. RUE APP.

_____ _____ _____
C.P. *(S'IL Y A LIEU)* VILLE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE : **RÉSIDENCE** _____ **CELLULAIRE** _____ **AUTRE** _____

ADRESSE COURRIEL : _____

TITRE D'EMPLOI EXERCÉ : _____ NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

SECTION 2

◯ ANCIEN ÉLÈVE FGA ◯ NOUVEL ÉLÈVE NUMÉRO DE FICHE : _____

CODE PERMANENT *(INSCRIT EN HAUT À GAUCHE SUR LE RELEVÉ DE NOTES)* : _____

POUR LES PERSONNES NÉES HORS QUÉBEC / HORS CANADA - DATE D'ARRIVÉE AU QUÉBEC : (____ / ____ / ____)
AAAA MM JJ

LANGUE MATERNELLE : ◯ FRANÇAIS ◯ ANGLAIS ◯ AUTRE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____ *SI HORS CANADA, INDIQUEZ LE PAYS :* _____

PÈRE : _____ _____ MÈRE : _____ _____
NOM PRÉNOM NOM PRÉNOM

CONTACT D'URGENCE : _____ _____ _____ _____
NOM PRÉNOM LIEN TÉLÉPHONE

→ SIGNATURE : _____ DATE : _____

SECTION 3

RÉPONDANT

MOINS DE 18 ANS <u>SEULEMENT</u>, INFORMATIONS DU RÉPONDANT :

◯ PÈRE ◯ MÈRE ◯ AUTRE : _____

_____ _____ _____
NOM PRÉNOM TÉLÉPHONE

_____
ADRESSE *(SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE INSCRITE À LA SECTION 1)*

→ SIGNATURE DU RÉPONDANT : _____ DATE : _____
(SEULEMENT POUR LA PERSONNE ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

TITRE DE LA FORMATION (COURS / ATELIER) : _____ DATE DE DÉBUT : _____ FIN : _____

HORAIRE : ◯ JOUR ◯ SOIR ☐ L ☐ M ☐ ME ☐ J ☐ V ☐ S ☐ D DE ____H____ À ____H____

LIEU DE FORMATION : _____

FORMATEUR(S) : _____

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION (SIGNATURE) : _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ : _____ # COURS : _____ MRC : _____

PAIEMENT : _____ ARGENT : _____ INTERACT : _____ CHÈQUE : _____ AUTRE : _____ # REÇU : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DE L'ÉLÈVE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

OBLIGATOIRE POUR DEP - AEP - ASP